CONTRIBUTION A L'ÉTUDE N° 47

DES

LUXATIONS DANS LA COXALGIE

LUXATION EN AVANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Mars 1909

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Charles OBLIN

Né à Villedieu (Manche), le 30 juillet 1884

EX-INTERNE DES HOSPICES SAINT-YVES DE RENNES

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT ED.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT ✻, *président*	SOUBEYRAN, *agrégé.*
GILIS, *professeur.*	LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible hommage de ma profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

C. OBLIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

C. OBLIN.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LUXATIONS DANS LA COXALGIE

LUXATION EN AVANT

INTRODUCTION

Peu de sujets ont soulevé autant de discussions, donné lieu à autant de théories que les luxations spontanées survenant dans le cours de la coxalgie, et depuis Hippocrate, des auteurs célèbres en ont cherché les causes, étudié le mécanisme.

Une observation personnelle, recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat, nous a donné la raison d'étudier une variété de ces luxations pathologiques : la luxation en avant.

Mais avant d'aborder ce travail, c'est avec le plus grand plaisir que nous nous conformons à la tradition et adressons à tous ceux qui furent nos maîtres l'hommage de notre vive reconnaissance.

Nous prions M. le docteur Bertheux, professeur de cli-

nique médicale à l'Hôtel-Dieu de Rennes, notre premier maître, de bien vouloir agréer l'expression de notre vive gratitude, pour l'enseignement sûr et éclairé qu'il nous prodigua avec les précieux conseils de son expérience.

M. le docteur Lemonnier, professeur de clinique chirurgicale, fut également pour nous un maître très écouté. Nous lui devons beaucoup de nos connaissances chirurgicales, et nous le remercions de l'accueil sympathique que nous avons toujours trouvé près de lui.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à M. le docteur Véron, professeur de clinique obstétricale. Pendant deux ans, nous avons, avec le plus grand profit, suivi ses visites et ses cours. Nous n'oublierons pas ses leçons si intéressantes, ni sa grande bienveillance.

A tous ceux qui furent nos maîtres, à des degrés divers, nous envoyons l'expression de notre gratitude, aux docteurs Lauthier, Dayot, Lhuissier, Assicot, Hardouin.

Merci à M. le docteur Ferrand, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Yves, de l'enseignement journalier, que sa science et sa longue pratique rendaient toujours instructif, pendant un an que nous eûmes l'honneur d'être son interne. Merci à ses dévoués collaborateurs, MM. les docteurs Le Mercier et Perret.

M. le professeur Tédenat nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il daigne agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

DIVISION

On dit qu'une articulation est luxée quand les surfaces articulaires ont quitté leurs rapports naturels d'une façon permanente.

Sous le nom de luxations, dans la coxalgie, nous avons l'intention d'étudier les luxations pathologiques qui se produisent spontanément au cours de cette maladie. Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur leurs variétés, nous nous appliquerons à l'étude spéciale de la luxation antérieure.

Nous mettrons d'abord en tête l'observation par nous recueillie.

Nous exposerons ensuite l'anatomie pathologique de cette luxation. L'étude de sa pathogénie et de son mécanisme suivra naturellement.

Puis, nous verrons quels en sont les symptômes, et enfin le traitement.

VARIÉTÉS DES LUXATIONS COXALGIQUES

Dans la coxalgie, on rencontre trois types cliniques principaux de luxations spontanées :

1° Les luxations en arrière : iliaque ou ischiatique ;

2° Les luxations en avant : ovalaire ou sus-pubienne ;

3° Les luxations en haut.

Luxations en arrière

Les lésions destructives portent principalement sur la partie postéro-supérieure de la cavité cotyloïde, et, comme nous le verrons ultérieurement, à l'usure du cotyle s'ajoutent son agrandissement par destruction du sourcil cotyloïdien, la déformation de la tête fémorale.

La contracture permanente des muscles amène le déplacement du fémur. D'abord, le fémur empiète sur le bord du cotyle ; puis, toujours entraîné par la rétraction musculaire, le sourcil détruit ne s'opposant plus à son déplacement, il abandonne complètement la cavité cotyloïde. La luxation est produite.

Cette évolution ne s'est point faite rapidement. Dans la plupart des cas, le processus destructif se fait lentement, mais progressivement.

La luxation en arrière, coxalgique, est complète ou incomplète, selon que la tête a ou n'a point abandonné complètement la cavité cotyloïde. Ces deux états pathologiques n'ont pas la même fréquence ; le plus souvent, la tête fémorale a simplement glissé ; elle chevauche sur le bord postérieur de la cavité cotyloïde.

Plus rarement, la tête a complètement abandonné le cotyle, pour devenir libre dans la fosse iliaque externe.

Dans la luxation incomplète, il y a raccourcissement apparent et adduction. Ces deux symptômes s'exagèrent dans la luxation complète, et, en plus, la main, qui palpe la tête, la sent rouler dans la fosse iliaque.

Nélaton a indiqué un procédé, pour se rendre compte des rapports entre la cavité cotyloïde et la tête fémorale.

« Si l'on examine, à l'état normal, les rapports exacts du grand trochanter avec les diverses saillies osseuses que l'on trouve sur le bassin, on reconnaît que si le fémur est fléchi à angle droit avec une légère adduction, le sommet du grand trochanter répond à une ligne qui partirait de l'épine iliaque antérieure et supérieure pour se rendre à la partie la plus saillante de la tubérosité sciatique, et que cette ligne divise la cavité cotyloïde en deux parties égales. Cette ligne, répondant au centre de la cavité, pourra servir facilement de guide pour apprécier l'étendue du déplacement qui se trouvera mesuré par la saillie du trochanter en avant ou en arrière de cette ligne. »

L'ascension du grand trochanter, d'abord peu marquée, peut atteindre 30 ou 35 millimètres.

L'adduction produit le raccourcissement apparent, qui est accru par les troubles trophiques qui portent sur les os.

La luxation en arrière est la plus fréquente dans la coxalgie.

Luxation en haut

Lannelongue rapporte dans ses leçons un cas de luxation directe en haut, entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et l'éminence ilio-pectinée. L'adduction était modérée, le membre dans l'extension, la tête faisant un relief très prononcé en haut, en dehors des vaisseaux ; le grand trochanter, situé plus antérieurement que d'habitude, se trouvait sur la ligne verticale abaissée de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

LUXATION EN AVANT

La tête fémorale, évacuant la cavité cotyloïde, peut se porter en avant, soit qu'elle s'arrête à la branche ascendante de l'ischion (luxation périnéale), soit qu'elle se place au niveau du trou ovale (luxation obturatrice ou ovalaire), soit qu'elle s'élève jusqu'à la branche horizontale du pubis (luxation pubienne).

Luxation obturatrice

Elle est le plus souvent incomplète ; la tête fémorale repose en partie sur l'échancrure pubienne. Portal cite un cas où « la tête était logée sur la partie interne et inférieure du trou ovale, reposant en partie sur l'extrémité inférieure de la branche du pubis et sur l'extrémité inférieure de celle de l'ischion. »

Lannelongue a vu, aussi, la tête reposer immédiatement sur la membrane obturatrice, recouverte par toute l'épaisseur des muscles.

La luxation pathologique de la tête du fémur dans la fosse obturatrice est rare. En 1892, Jalaguier écrivait : « Sur le nombre considérable des coxalgies que j'ai été

appelé à traiter, je n'ai observé ce déplacement que deux fois. » Dans les deux cas, il s'agissait de coxalgies anciennes guéries avec ankylose.

Luxation sur le pubis

La tête repose sur le pubis, en dehors de l'épine iliaque antéro-inférieure, séparée des téguments par les muscles psoas et iliaque, qui s'atrophient la plupart du temps.

Barwel rapporte un cas où « la tête fut trouvée sur le corps même du pubis ».

OBSERVATION

(Personnelle.)

Luxation spontanée de la tête du fémur du côté droit sur le pubis.

Emile E..., est âgé de 38 ans ; il est employé de commerce. C'est un homme de taille moyenne, il semble de constitution robuste.

Il n'a pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, il signale, à l'âge de 36 ans, une pleurésie du côté droit, qui dura quatre mois et guérit sans nécessiter d'intervention.

Actuellement, Emile E..., comme nous l'avons déjà dit, paraît robuste, mais on est étonné de l'entendre dire son âge : 38 ans. Sa figure, en effet, est vieillie, les rides sillonnent son front, ses cheveux sont presque tous gris, et la main qui touche ses artères, les sent dures, sclérosées, semblables à une trachée d'oiseau. Il a l'âge de ses artères.

Histoire de la maladie. — Emile E... vaquait à ses occupations, quand, vers décembre 1907, il remarque qu'il est vite fatigué ; le soir, sa jambe droite est lourde.

Une douleur dans la hanche droite s'empare peu à peu de la racine de son membre ; bientôt, la boiterie s'en mêle. Il traîne ainsi pendant deux mois, puis, le 24 février 1908, n'en pouvant plus, il garde la chambre. A ce mo-

ment, l'attitude de son membre inférieur est normale. Il garde le repos le plus absolu, car le moindre mouvement est douloureux.

Il arrive ainsi au 3 décembre 1908, jour où il se décide à entrer à l'Hôpital-Suburbain. On le reçoit dans le service de M. le professeur Tédenat, salle Bouisson, n° 4.

Examen. — Le membre droit est plus court que le gauche. Il y a flexion de la cuisse sur le bassin, abduction, rotation externe du genou et du pied.

La racine de la cuisse présente un élargissement considérable, le grand trochanter fait saillie à la partie externe. Le pli inguinal est complètement effacé. L'épine iliaque antérieure et supérieure droite est abaissée de deux ou trois centimètres. La fesse est aplatie.

Au palper, on constate une atrophie musculaire considérable, la peau semble épaissie. L'atrophie musculaire porte sur le triceps et les fessiers principalement.

A la hanche droite, partie externe, il y a une tuméfaction, indolente ; la fluctuation existe, c'est un abcès froid.

On ne sent pas la tête à sa place ordinaire, elle n'est pas non plus dans la fosse iliaque externe. Le grand trochanter se trouve plus en avant ; il dépasse de trois ou quatre centimètres environ la ligne de Nélaton. Sur la branche horizontale du pubis, entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et les vaisseaux fémoraux, on sent une tuméfaction dure, osseuse, qui ne semble pas terminée par un renflement ; c'est le col qui chevauche sur la branche horizontale du pubis. La tête a sans doute disparu, dévorée par le processus tuberculeux.

Le malade ne peut indiquer à quel moment la luxation s'est produite ; il n'a rien ressenti d'anormal.

On a ponctionné et injecté son abcès froid selon la méthode de Calot, huit fois.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une articulation normale se compose de surfaces articulaires pouvant glisser l'une sur l'autre, dans un sens déterminé, mais dans certaines limites. Si l'on dépasse ces limites, il y a subluxation, puis luxation, si les surfaces articulaires s'abandonnent complètement.

Deux agents principaux empêchent ces déplacements : les ligaments et les muscles. Or, ce que nous avons vu pour la luxation en arrière est aussi vrai pour la luxation en avant. Il y a des lésions qui la préparent. Ces lésions intéressent toutes les parties constituantes de l'article : os, synoviale, ligaments, muscles.

Fémur. — Les désordres causés sur le fémur sont variables, que la luxation soit antérieure ou postérieure. Kirmisson signale plusieurs cas où la radiographie ne permit pas de découvrir quelque altération.

Bonnet était convaincu que des luxations avec intégrité pouvaient s'observer. Mais le plus souvent, la tête est altérée et, à son centre, existe un foyer jaunâtre, caséeux, point de départ des lésions synoviales et capsulaires. Dans d'autres cas, la tête est très modifiée dans sa forme et sa structure, elle est aplatie ou même effilée.

Le cartilage articulaire persiste dans les points non

comprimés, mais il est irrégulier, aminci, jaunâtre. L'ostéite raréfiante modifie la structure de l'os ; des bourgeons fongueux occupent les canalicules de Hawers.

Dans les cas extrêmes, on a signalé la disparition de la tête fémorale ; l'extrémité luxée serait constituée alors par le col.

Os iliaque. — Selon que les bords de la cavité cotyloïde sont à peu près intacts ou non, on peut distinguer deux variétés de luxations :

1° Celles du début, sans usure de cotyle. Il n'y a pas alors de lésions osseuses intéressant l'os iliaque. Ce sont des cas rares.

2° Celles où la cavité cotyloïde est agrandie et plus ou moins ovale, résultat de l'ulcération compressive développée surtout aux points de contact, c'est-à-dire sur la partie antérieure du sourcil.

La contracture musculaire agissant, la tête se fraye un passage à travers le sourcil. La cavité est agrandie, aux dépens de sa circonférence antéro-postérieure. Blasius a rapporté et figuré plusieurs cas où le rebord antérieur du cotyle était éculé ; même l'épine iliaque antéro-inférieure et l'éminence ilio-pectinée étaient en partie détruites.

Synoviale. — La synoviale est épaissie, violacée, hérissée de bourgeons inflammatoires rouges ou jaunes ; parfois, elle a complètement disparu.

Le ligament rond est ou étiré, ou désinséré, ou détruit.

Dans l'articulation, on a un mélange de pus, de débris cartilagineux, de séquestres.

Muscles. — John Hunter attira le premier l'attention

sur le processus atrophique des muscles voisins d'une articulation affectée.

Depuis, Roux, Bonnet, Verneuil, Le Fort, Duplay, Moussous, ont mis en lumière cette atrophie.

Les troubles musculaires ne viennent pas seulement de l'atrophie, mais encore de la paralysie et de la contracture. L'amyotrophie se développe rapidement, mais ne touche pas également tous les muscles. Elle a une prédilection remarquable pour certains, les extenseurs, les fessiers. La contracture se joint bientôt. Tout d'abord, c'est le « spasme de défense » de Lannelongue, mais plus tard, les extenseurs deviennent incapables de se contracter, parce qu'atrophiés et parésiés ; alors, les muscles antagonistes respectés par l'amyotrophie seront les seuls capables de se contracter.

PATHOGENIE — MECANISME

Nous connaissons les lésions ; voyons maintenant quelle part revient à chacune d'elles dans la production de la luxation antérieure.

De nombreux auteurs ont essayé de répondre à cette question : quelle est la cause de la luxation ?

Les uns l'attribuent à l'épanchement d'un liquide dans la cavité articulaire, liquide qui repousserait la tête en dehors : les abcès précèderaient donc la luxation. Pour d'autres, ce serait la destruction des bords de la cavité cotyloïde ou de la tête fémorale, ou les deux à la fois.

Certains admettent encore l'existence d'un traumatisme causal.

Enfin, Verneuil fait jouer aux muscles une action prédominante dans le mécanisme du phénomène.

Aucune de ces théories ne peut prétendre à expliquer la généralité des faits. Elles sont trop exclusives.

Ainsi, si les muscles ont un rôle important, par leur contracture, leur jeu est facilité dans la production de la luxation par les lésions osseuses et articulaires.

« Un des premiers effets de l'envahissement articulaire par la tuberculose, dit Lannelongue, est l'immobilisation de la jointure par les muscles, et, comme ce sont les mus-

cles les plus puissants qui régissent nécessairement l'attitude, la jointure se place dans une attitude déterminée. Par ce fait, il se produit une compression, au niveau des surfaces, qui sont en contact, et cette compression engendre à son tour une destruction dans les parties osseuses, altérées, qui se touchent. Ce sont ces ulcérations des surfaces en contact qui sont l'origine des déplacements, que les muscles qui ont fixé l'attitude augmentent sans cesse, jusqu'à ce que la luxation soit produite. »

La luxation sur le pubis et la luxation obturatrice reconnaissent le même mécanisme.

Bonnet prétendait que « l'adduction et la rotation en dedans préparent la luxation en haut et en dehors, comme l'abduction et la rotation en dehors précèdent et préparent la luxation obturatrice ou pubienne ».

Il est bon de faire remarquer que bon nombre de coxalgies, au début, ont cette attitude, et il n'est pas moins vrai pourtant que les luxations obturatrices ou pubiennes sont rares.

Si l'attitude vicieuse n'a pas une longue durée, elle sera incapable, seule, de produire cette luxation. Un de nos compatriotes, Lesauvage, de Caen, avait remarqué que la luxation en avant ne s'observait que dans les cas où la cuisse était restée longtemps en abduction et en rotation externe. Ainsi s'explique la rareté de cette luxation, car, dans les pio-arthrites, l'abduction permanente est chose rare.

On ne peut pas expliquer, par la contracture des fessiers, l'attitude permanente de la jambe en abduction et rotation externe, car les fessiers sont généralement parésiés dans la coxalgie, si bien que, parfois, on doit aussi admettre la rétraction des faisceaux fibreux de la capsule.

Dhourdin cite un cas où la luxation en avant fut produite par une masse osseuse.

L'attitude vicieuse persistante n'est pas l'unique cause de la luxation. Le processus tuberculeux ayant débuté sur le sourcil cotyloïdien partie antérieure, on comprend facilement que si la tête fémorale vient presser contre ce sourcil, elle aura vite fait de se creuser une brèche. Elle se luxera ainsi sur le trou obturateur ou sur le pubis, surtout si, à cette époque, les lésions musculaires sont encore peu accusées. A ce moment, en effet, les fessiers sont peu atrophiés : ils sont surtout contracturés et produisent l'abduction et la rotation externe du membre inférieur.

On a même cité des cas où, le processus tuberculeux ayant touché le bord du cotyle, il avait suffi d'un mouvement, d'une attitude physiologique passagère, pour effectuer brusquement le déplacement du fémur. Un simple mouvement du malade et la tête fémorale se luxait sur le trou obturateur ou plus haut sur le pubis, selon l'angle de flexion de la cuisse sur le bassin.

A quel moment se produit la luxation antérieure ? Il en est de la luxation antérieure comme de la postérieure. Elles apparaissent à la période d'état. L'aggravation des douleurs et la claudication ont rendu la marche impossible. Le membre malade se place dans une attitude vicieuse. Ordinairement, dans la luxation antérieure, on observe une seule attitude : flexion, abduction et rotation externe.

Dans la luxation postérieure, à ce premier temps en succède un autre : flexion, adduction, rotation interne. Pourtant, ce schéma n'est point toujours cliniquement exact ; on a vu des luxations antérieures passer par deux périodes : la première : adduction, rotation interne, puis, la seconde en abduction, rotation externe.

Duzéa pense qu'il y a relation entre le siège des lésions douloureuses et le type de l'attitude. Mais il faut, avec Bonnet, faire jouer un rôle important au décubitus, dans la succession des deux positions, quand elles existent.

SYMPTOMES

Dans la plupart des cas, la déformation est le premier symptôme observé. Parfois, au moment où elle se produit, il y a diminution ou exagération de la douleur.

« Quand la luxation a lieu, a dit Barwell, elle amène avec elle un apaisement considérable des symptômes douloureux, apaisement qui est quelquefois absolu et durable, quelquefois très momentané, toute cessation brusque de la douleur doit provoquer un examen attentif. »

Parfois, au contraire, il y a exagération manifeste de la douleur. « Quand un enfant, éprouvant la douleur ordinaire d'une coxalgie chronique, mais grave, est brusquement pris de douleurs présentant une grande violence, tient constamment le membre dans ses mains, se plaint vivement et pousse des cris d'épouvante à l'approche des personnes qui l'entourent, ou manifeste une douleur aiguë quand on remue le lit, si on apprend que depuis le début de cette crise de douleur le membre s'st retiré davantage, si, avec ces symptômes, ne se montrent ni les signes locaux de la suppuration, ni l'élévation de température qui l'annonce, on est autorisé à conclure qu'il peut s'être produit un changement de rapports entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde, changement consistant, suivant toute

probabilité, en une subluxation, qui, abandonnée à elle-même, va se compléter. »

Mais ce sont là des exceptions ; ordinairement, les malades ne peuvent dire quand s'est fait leur luxation, ils ne s'en sont pas aperçus, rien n'a attiré leur attention.

Jean-Louis Petit, dans ses œuvres complètes, trace les signes de la luxation ovalaire. Elle est le plus souvent incomplète :

« 1° On sent une tumeur qu'on trouve au-dessous de l'aine et qui est formée par la tête du fémur, placée sur le trou ovalaire, qui fait une espèce de cavité dans laquelle l'os de la cuisse est plus disposé à se loger qu'en tout autre endroit.

» 2° La cuisse malade est plus longue que la saine, parce que le trou ovalaire sur lequel appuie la tête de l'os est plus bas que la cavité de l'ischion.

» 3° Le pli de la fesse est par la même raison plus bas du côté luxé que de l'autre ; la fesse paraît, de plus, creuse ou du moins aplatie, tant parce que le grand trochanter qui suit le déplacement de la tête est jeté en devant et ne fait plus en dehors son éminence naturelle, que parce que par l'éloignement du grand trochanter, les muscles de la fesse sont étendus et, par conséquent, aplatis.

» 4° Le pied et le genou sont tournés, en dehors, parce que la cuisse luxée en dedans est tirée du côté opposé par les muscles fessiers.

» 5° La cuisse ne peut être portée, en dedans, sans douleur parce qu'alors, on force les muscles fessiers qui sont tendus, en contraction ; quand on met le malade debout, l'extrémité inférieure du côté luxé étant plus longue que celle du côté opposé, ne peut lui devenir égale que par la flexion du genou, et si le malade veut étendre la jambe, il faut qu'il la porte en avant ou la jette de côté.

» 6° Le malade marche pour ainsi dire en fauchant, et cela, parce que la cuisse saine ne peut soutenir le corps assez élevé pour que l'extrémité luxée cesse de toucher à terre et que la jambe étendue puisse être portée directement en avant, ce qui serait nécessaire pour rendre la progression facile. Le malade est donc obligé de jeter en dehors la cuisse luxée, en faisant décrire un demi-cercle au pied, pour le passer devant l'autre. »

La tumeur perceptible dans l'aine et formée par la tête fémorale n'est pas toujours sentie quand elle se trouve sur le trou ovalaire. Le grand trochanter est très effacé ; il semble enfoncé dans la racine du membre, et là où il faisait saillie, il n'existe plus qu'une dépression.

On a signalé l'effacement du pli inguinal et l'effacement du pli fessier.

Y a-t-il allongement ou raccourcissement ?

Hamilton, Cooper, Chélius, Barbeleben, veulent que le membre inférieur s'allonge de 3 à 6 centimètres.

D'autres, au contraire, prétendent que l'allongement n'est qu'apparent, qu'il y aurait plutôt un raccourcissement réel. En effet, si l'on mesure du milieu de la symphyse au milieu de l'interligne articulaire externe du genou, il y a allongement dû à ce que le membre est dans l'abduction. Mais, si l'épine iliaque antéro-supérieure est prise comme point de repère supérieur, il y a raccourcissement.

Un dernier signe très important qui depuis peu, est venu éclairer le diagnostic, est fourni par le toucher rectal. Dans le cas de luxation obturatrice, le doigt sent une petite tumeur arrondie, qui roule, si on imprime à la cuisse des mouvements de rotation, sur la face interne de la fausse obturatrice.

Dans la luxation sur le pubis, les signes sont sensiblement les mêmes que dans la luxation obturatrice. Pourtant, le raccourcissement est plus marqué, on sent bien mieux la tête au travers des parties molles, et son siège est plus haut que dans la variété ovalaire.

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

Le diagnostic de la luxation antérieure dans la coxalgie n'est pas toujours très facile à faire.

Il existe des déviations de la tête fémorale, qui peuvent être regardées comme luxations bien que la tête n'ait pas quitté le cotyle. Il est important de chercher le signe de Nélaton. Parfois, la tête est difficilement sentie, soit que les muscles la recouvrent, soit que le processus tuberculeux l'ait détruite.

On ne peut prendre une luxation en avant pour un diastasis ; dans ce dernier cas, le raccourcissement est considérable, mais la mobilité est conservée, tandis que dans la coxalgie, elle est abolie presque complètement.

Nous ne confondrons pas une luxation coxalgique avec une luxation traumatique, les commémoratifs sont importants.

Quant au pronostic, il est grave, car, non réduite, cette luxation crée des difformités et rend la marche impossible. Elle est le plus souvent irréductible, et la plupart des auteurs qui ont à traiter cette luxation, n'en ont pas même tenté la réduction.

TRAITEMENT

Doit-on tenter de réduire la luxation antérieure, qu'elle soit pubienne ou obturatrice ?

Comme nous venons de le dire, la plupart des chirurgiens n'y songent pas, car le plus grand nombre d'elles sont irréductibles, puis, les manœuvres que l'on tenterait pour la réduction, pourraient, à l'aide des traumatismes forcés, donner un coup de fouet aux lésions tuberculeuses.

Ainis ont pensé Sonnenburg, Wolkmann, Kronlein.

En France, Duplay partage cette opinion et écrit « que les luxations consécutives aux arthrites sont presque toujours irréductibles ».

Lannelongue essaya de réduire une luxation antérieure, il y parvint momentanément ; la moindre pression sur le trochanter la reproduisit.

Il faut pourtant faire une exception pour celles que l'on réduit immédiatement ou presque aussitôt leur production.

Le traitement consiste en : 1° un traitement préventif ; 2° un traitement curatif ; 3° un traitement consécutif.

Traitement préventif. — C'est le traitement immédiat de la coxalgie. Immobilisation en bonne position, tel est

le traitement des premières périodes, souvent suffisant à la guérison de la coxalgie, et qui toujours empêche la luxation. Si le membre prenait une attitude vicieuse, on devrait le redresser sous le chloroforme et l'immobiliser dans la gouttière de Bonnet, ou dans un appareil plâtré. Dans ce dernier cas, pour bien immobiliser l'articulation, il faut faire remonter le plâtre jusqu'aux dernières côtes.

Traitement curatif. — Nous ne pensons pas qu'il faille tenter la réduction de la luxation antérieure coxalgique. On cite pourtant des exemples où cette conduite fut tenue. Duret, dans un cas que nous rapportons, fait une réduction sous le chloroforme. Desprez, Bigelow, Kirmisson et Hartman emploient la réduction par la méthode de douceur.

Dans le cas où la luxation viendrait à se produire, on pourrait, après anesthésie complète, tenter la réduction par flexion, adduction et abaissement, et une fois la réduction obtenue, emprisonner le membre dans un appareil.

Si l'on ne peut réussir, l'intervention sanglante est indiquée. De nombreux procédés ont été employés. Calot est intervenu par l'arthrotomie : il creuse une cavité, au niveau de l'ancienne, et y réduit la tête fémorale. Mais il met deux conditions à cette intervention : 1° le processus morbide doit être complètement éteint ; 2° la tête fémorale doit avoir conservé son volume normal.

Enfin, il reste l'ostéotomie. Selon le point où porte la section osseuse, on divise les ostéotomies en :

1° Ostéotomie sus-trochantérienne ;

2° Ostéotomie inter-trochantérienne ;

3° Ostéotomie sous-trochantérienne.

Dans la *Revue d'orthopédie* de 1895, M. Le Dentu montre les inconvénients des deux premières variétés d'inter-

ventions. « Toutes les méthodes sus-trochantériennes sont à éliminer. La méthode de Wolkmann et de Sayre est d'exécution difficile ; la section, au voisinage de la tête du fémur, implique la conservation de cette dernière qui fait souvent défaut. Les opérations inter-trochantériennes de Rhéa-Barton, de Maisonneuve, dans lesquelles le trait de section passe au-dessous du petit trochanter, laissent subsister l'énorme résistance provenant de la rétraction du psoas-iliaque. Par la méthode des sections musculaires préalables de Lorenz, on peut arriver à redresser le membre, après avoir sectionné le fémur, le plus près possible de l'angle de flexion, mais c'est un sacrifice important et une complication ; la simple ostéotomie sous-trochantérienne donne, à peu de choses près, le même résultat. »

Il y a plusieurs procédés d'ostéotomie sous-trochantérienne. La section est ou transversale, ou oblique (procédé de Terrier et Hennequin), ou bien on fait une excision cunéiforme.

Dans l'ostéotomie transverse, l'opération est facile, mais les deux fragments de l'os ne se correspondent que par leur bord postérieur, et il y a raccourcissement, par suite de l'entraînement du fragment inférieur par les adducteurs. Malgré cette considération, Broca a obtenu par ce procédé des résultats merveilleux, et c'est le seul procédé permettant un allongement.

Dans l'ostéotomie en coin, l'adaptation est parfaite, mais il y a raccourcissement.

La résection trouve plus rarement une indication, bien que par elle, on peut espérer conserver quelques mouvements à la jointure.

Ollier prétend que le malade n'en retirera pas grand avantage. « Les sujets opérés par la section du col ou l'ostéotomie sous-cervicale marchent si bien, si solide-

ment, si longtemps, quand l'autre membre est sain, que nous sommes peu portés à chercher les mouvements après l'opération. »

En somme, l'ostéotomie est le procédé de choix, à moins que la tête n'ait disparu.

Traitement consécutif. — Une fois réduit, le membre luxé précédemment sera maintenu dans un appareil ; le plus simple, le plus commode est le plâtré, qui prend la cuisse, le bassin et remonte jusqu'aux côtes.

Il faut tenir ainsi le malade pendant deux mois, et quand on lui permettra de se lever, on exigera la marche avec des béquilles. Une ankylose solide avec une jambe en bonne attitude nous semble le meilleur résultat.

Observation II

Luxation de la hanche, variété ovalaire. Réduite sous le chloroforme.

D..., bobineuse, 23 ans, entrée le 27 juin 1900 dans le service de M. le professeur Duret, à Lille.

La malade ressentait depuis un an et demi, par moments, de la douleur au niveau de la hanche gauche. Elle boitait.

En janvier 1900, elle dut cesser son travail pendant quatre semaines ; les douleurs disparurent, elle se croyait guérie ; mais bientôt, il y eut recrudescence des symptômes : douleur et boiterie. Elle entre alors à l'hôpital.

Examen. — Le membre gauche semble allongé ; il est en abduction et rotation en dehors. La racine de la cuisse est considérablement élargie. L'épine iliaque antéro-supérieure est abaissée, la crête se dessine sous la peau. L'arcade de Fallope est soulevée à sa partie moyenne, le creux du triangle de Scarpa a disparu. Il y a abaissement de la fesse, le pli fessier est abaissé. Le sommet du grand trochanter s'élève de cinq centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. L'abduction et la rotation en dehors sont impossibles.

Au palper, on ne sent pas la tête du fémur. Par le toucher rectal, on sent, sur la face interne de la fosse obturatrice, une saillie arrondie, du volume d'une petite pomme. Si on imprime des mouvements à la cuisse, ils se communiquent à cette saillie.

Observation III

Luxation obturatrice.

(Jalaguier. Revue d'orthopédie, 1892.)

Francine M...., 14 ans, fut admise à l'hôpital Trousseau, le 24 mars 1892, pour une ankylose de la hanche droite, consécutive à une ancienne coxalgie:

A l'entrée de la malade, l'état est le suivant : la cuisse droite est ankylosée en flexion légère, abduction, rotation externe. Dans la station debout, le membre gauche étant dans l'extension, le pied droit, porté en avant du pied gauche, n'arrive à toucher le sol que par sa pointe ; pour que la plante puisse être posée à plat, il est indispensable que le genou gauche soit fléchi, et ce, malgré un abaissement très marqué de la moitié droite du bassin. Il en résulte que pour faire quelques pas sans ses béquilles, la jeune fille est forcée de se tenir à demi accroupie. Du côté de la hanche, on voit que le pli inguinal est comme effacé, et qu'au-dessous de son tiers interne, près du sillon génito-crural, il existe une tuméfaction vague.

On peut constater, d'autre part, que la fesse est aplatie, que la fosse iliaque externe est affaissée, que la saillie du grand trochanter a disparu, et que le pli fessier est considérablement abaissé. La palpation permet de s'assurer que la tête du fémur, recouverte par le pectiné et les adducteurs, est située au-dessous de la branche horizontale du pubis, dans le trou obturateur. D'autre part, le grand trochanter, difficile à sentir, est enfoncé dans la fesse, et son bord postérieur est à un bon travers de doigt au-des-

sous d'une ligne unissant l'ischion à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Par le toucher rectal, on ne perçoit rien.

Il s'agit d'un déplacement de la tête du fémur dans la fosse obturatrice.

Le bassin, dans son ensemble, a subi une triple déviation : la moitié droite est abaissée, en sorte que l'épine iliaque antéro-supérieure droite est à 8 centimètres plus bas que sa congénère ; en même temps, elle est sur un plan antérieur par suite d'un mouvement de rotation du bassin autour de son axe vertical.

Observation IV

Luxation coxalgique ovalaire.

(Maisonneuve.)

Un jeune homme, âgé de 19 ans, après avoir plongé, étant en sueur, dans l'eau d'une fontaine très froide, éprouva une douleur violente dans la hanche droite, qui fut le siège d'une coxalgie. Au bout de quelques mois, la suppuration s'empara de la jointure ; les ligaments furent détruits, la tête du fémur sortit de sa cavité et se logea dans la fosse ovale. Le fémur s'ankylosa de telle manière, que la cuisse était entièrement couchée sur l'abdomen.

Section du col entre les deux trochanters. Le malade guérit et peut exécuter, avec son membre, la plupart des mouvements d'un membre sain.

Observation V

Luxation coxalgique ovalaire.

(Burtz, de Berlin.)

T. Laose, enfant naturel, âgé de 8 mois, ne pouvant se coucher sur le flanc droit, les deux cuisses légèrement fléchies, et portant sur la figure l'empreinte d'une profonde douleur. La cuisse droite présente une tuméfaction inégale au toucher, bosselée, sans altération de couleur à la peau, offrant une extrême résistance, à peu près comme le sac d'une hernie étranglée ; au côté externe, la tumeur était plus élastique. La jambe était en abduction et rotation externe ; l'extension est impossible. Effacement du pli inguinal. Réduction.

L'enfant meurt. A la nécropsie, on trouve le col du fémur flottant dans l'excavation tuberculeuse creusée dans le psoas. La tête était entièrement détruite, la cavité cotyloïde était saine.

Observation VI

Luxation ovalaire.

(Portal.)

La cavité cotyloïde droite était presque effacée par le gonflement des glandes synoviales. L'articulation contenait du pus fétide, où se trouvaient des matières concrè-

tes, granuleuses. La tête du fémur était hors de l'articulation ; elle était logée sur la partie interne et inférieure du trou ovale, en partie sur l'extrémité inférieure de la branche du pubis. L'os était ramolli.

Observation VII

Luxation pubienne.

(Ducros.)

Antoinette M..., 27 ans. Offrait, depuis trois mois, un raccourcissement considérable de la jambe gauche. Son tempérament lymphatique et une violente gonalgie indiquaient assez qu'elle était en proie à l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale.

Antoinette s'ennuie de rester au lit. Elle se lève, marche, mais tombe sur la hanche malade.

Examen. — Gonalgie, raccourcissement du membre plus marqué qu'avant la chute, présence de la tête du fémur à la branche horizontale du pubis, déjettement du pied en dehors.

Observation VIII

Luxation pubienne.

(Stanley.)

Un malade de Stanley, âgé de 13 ans, était affecté d'une coxalgie. Il y avait luxation en avant sur la branche horizontale du pubis, et la tête du fémur était située entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et les vaisseaux fémoraux.

Observation IX

Luxation sous-pubienne.

(Bœckel.)

W... Emilie, de Strasbourg, âgé de 10 ans.

Coxalgie droite depuis trois ans, traitée par les appareils inamovibles, puis abcès, fistules, raccourcissement apparent de 13 centimètres par suite de la luxation sus-pubienne pathologique.

Résection à l'hôpital, le 9 octobre 1868. Section du fémur. La tête est détruite, la cavité cotyloïde cariée.

CONCLUSIONS

La luxation en avant dans la coxalgie est, en somme, rare ; la luxation obturatrice est moins fréquente que la luxation pubienne.

La luxation antérieure, quelle qu'en soit la variété, se produit dans une articulation dont les diverses parties sont plus ou moins profondément altérées par la tuberculose. Les lésions osseuses, synoviales, musculaires préparent et précèdent la luxation ; l'attitude vicieuse, prolongée, est aussi une cause déterminante.

La luxation antérieure coxalgique présente les mêmes signes objectifs que les luxations traumatiques.

La réduction, quand elle peut être tentée, réclame les mêmes manœuvres que dans la luxation antérieure de cause traumatique : flexion, adduction, abaissement. Une fois la réduction obtenue, il faut la maintenir au moyen d'un appareil.

On ne doit tenter la réduction de la luxation dans la coxalgie que si le processus tuberculeux est enrayé.

Si l'on ne peut réduire la luxation, l'intervention san-

glante est indiquée ; l'ostéotomie semble le procédé de choix surtout l'ostéotomie sous-trochantérienne, qui permet une ankylose solide et une bonne position du membre, ce qui est le meilleur résultat qu'on puisse avoir.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 mars 1909.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 18 mars 1909.
Le Doyen,
MAIRET

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ardisson. —Thèse de Montpellier, 1903.

Bazire. — Thèse de Paris, 1860.

Bonnet. — Traité des maladies des articulations.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales.

Calot. — Traitement des luxations spontanées du fémur dans la coxalgie.

— Traitement des luxations pathologiques de la hanche.

Desault. —Mémoire sur les luxations consécutives du fémur.

Dhourdin. — De la coxalgie cotyloïdienne. Thèse de Paris, 1884.

Duplay. — Luxation spontanée de la hanche.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Lannelongue. — Leçons sur la coxo-tuberculose.

— Luxation pathologique de la hanche.

Kirmisson. — Des luxations soudaines au cours de la coxalgie.

Lesauvage (de Caen). — Mémoire théorique sur la luxation dite spontanée, ou consécutive, et en particulier celle du fémur.

Maisonneuve. — De la coxalgie. Thèse d'agrégation, 1884.

Ollier. — De la coxalgie. Traité des résections.

Petit (J.-L.). — Œuvres complètes.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !